

(参考様式1)

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

申 込 日	平成 年 月 日
受 付 日	平成 年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホーム愛泉苑 施設長様

住 所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏 名		
電 話 番 号	( )	
日中の連絡先	( )	

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

		居宅事業所		
		ケアマネージャー		
本	(ふりがな)氏名	性別	保 険 者	
	生年月日	男	被保険者番号	
人	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介 護 認 定 期	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
の	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 ( )	6 通所リハビリテーション ( )	
		2 訪問入浴介護 ( )	7 短期入所生活介護 ( )	
状	認 知 症 等 に よ る 不 適 応 行 動	3 訪問看護 ( )	8 短期入所療養介護 ( )	
		4 訪問リハビリテーション ( )	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( )	
況	医 療 的 措 置 の 状 況	5 通所介護 ( )	10 その他 ( )	
		1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり
の	優 先 入 所 を 希 望 す る 理 由	【現在治療中の病気等】		
		1 介護者がいないため ( )		
の	の	2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( )		
		3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( )		
の	の	4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( )		
		5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( )		
の	の	6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( )		
		7 その他 ( )		

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居( )			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		同居の区分	1 同居 2 別居( )			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況	主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態		
		有 (常勤・パート)	有 ( 人 歳)	良好 不良 ( )		
				主たる介護者の家族の健康状態		
無		無	良好 不良 ( )			

そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:
	待機期間	年 月
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況である

説明 確認	私は、優先入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名: _____
----------	--

- ※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。
- ※2 現在利用している在宅サービスの状況の( )内には、その具体的内容を記入してください。
- ※3 優先入所を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください。
- ※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。
- ※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

# 特記事項

入所希望者 \_\_\_\_\_ 様

記入者 \_\_\_\_\_ 様

記入日 \_\_\_\_\_

●該当するものにレ印をご記入ください。

## 現在の居所

- 自宅でひとり暮らしをしている
- 自宅で家族と暮らしている
- 介護保険施設・又は病院に入っている (施設又は病院名 : \_\_\_\_\_ )  
(いつからか : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から)

## 認知症による行動

- |   |                                  |                             |                                 |                             |
|---|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ア | 物を取られたなどと被害的になることが               | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| イ | 作話をし、周囲に言いふらすことが                 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| ウ | 実際に無いのが見えたり、聞こえることが              | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| エ | 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが          | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| オ | 夜間不眠または昼夜の逆転が                    | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| カ | 暴言や暴行が                           | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| ク | 大声を出すことが                         | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| ケ | 助言や介護に抵抗することが                    | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| コ | 目的もなく動き回ることが                     | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| サ | 「家に帰る」などと言い落ち着きがないことが            | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| シ | 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなることが      | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| ス | 一人で外に出たがり目が離せないことが               | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| セ | 色々なものを集めたり、無断で持ってくるものが           | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| ソ | 火の始末や火元の管理ができないことが               | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| タ | 物や衣類を壊したり、破いたりすることが              | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| チ | 不潔な行為をすることが                      | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| ツ | 食べられないものを口に入れることが                | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |
| テ | ひどい物忘れ (認知症の場合は _____ ないとしてください) | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ときどきある | <input type="checkbox"/> ある |



特別養護老人ホーム愛泉苑入所申込取り下げ書

年 月 日

特別養護老人ホーム 愛泉苑施設長様

申込者

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム愛泉苑入所申込書」を下記のとおり  
取り下げます。

記

1 申込み日

平成 年 月 日

2 入所希望者

住所：

氏名：

3 取り下げる理由